

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 246.

RÉFLEXIONS

SUR

Quarante-et-une Observations
de Gastrectomie en deux temps

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH FELLMAN

Médecin Aide-Major

Né le 8 Novembre 1894, à Issoudun (Indre)



LONS-LE-SAUNIER

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE LUCIEN DECLUME

1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552303_0060

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 246.

RÉFLEXIONS

SUR

Quarante-et-une Observations
de Gastrectomie en deux temps

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JOSEPH FELLMAN

Médecin Aide-Major

Né le 8 Novembre 1894, à Issoudun (Indre)



LONS-LE-SAUNIER

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE LUCIEN DECLUME

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LÉPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LÉPINE (J.).
Chimie biologique.....	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND.
Médecine légale.....	PIAVOT.
Hygiène.....	X...
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (P.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	X...	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BRETIN.	GARIN.	DUROUX.
COMMANDEUR.	LERICHE.	SAVY.	BONNAMOUR, char-
NEVEU-LEMAIRE	THÉVENOT. Léon.	FROMENT.	gé des fonctions.
LAROYENNE.	TAVERNIER.	THEVENOT, Lucien.	SARVONAT, id.
VORON.	CADE.	PIÉRY.	FAVRE, id.
NOGIER.	GUILLEMARD.	COTTE.	GRAVIER, id.
			ROUBIER, id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TIXIER, *Président* ; LATARJET, *Assesseur* ;
MM LERICHE et TAVERNIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

*Témoignage de reconnaissance et de
profonde affection.*

A MES FRÈRES.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER,
CHIRURGIEN DES HOPITAUX,
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE LYON.

*Il a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse, nous lui adressons ici
nos plus sincères remerciements.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE,
CHIRURGIEN DES HOPITAUX.

*Il nous a inspiré ce travail et aidé de
ses conseils, nous lui exprimons
notre profonde reconnaissance.*

A MES JUGES ET A MES MAITRES,

AU DOCTEUR JUDE,
MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

*Nous avons eu l'avantage de l'avoir
comme Médecin-Chef de G.B.D. et
de Régiment. Il fut pour nous un
camarade plus ancien, nous entou-
rant de toute sa bienveillance et nous
faisant profiter de son expérience
médicale.*

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES TUÉS A L'ENNEMI.

A MES AMIS, DE G. B. D., DE RÉGIMENT ET D'AMBULANCE (A.C.A. n° 15)

RÉFLEXIONS SUR QUARANTE-ET-UNE OBSERVATIONS de Gastrectomie en deux temps.

INTRODUCTION

Le temps n'est plus où M. Maurice POLLOSSON, l'auteur de la première gastrectomie à Lyon (14 avril 1893) (cette opération est rapportée dans ses leçons de Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu), pouvait dire à bon droit : « La gastrectomie est une des opérations les plus graves, sinon la plus grave de toutes » (in Thèse de GUINARD 1898). Nous ne connaissons plus les mortalités opératoires comme LERICHE en a trouvées dans les statistiques, qu'il avait réunies dans sa thèse. Il faut reconnaître cependant qu'à l'heure actuelle encore, cette intervention n'est pas franchement bénigne, et c'est là chose assez naturelle, car les chirurgiens ont une tendance très justifiée à étendre ses indications aux cas extrêmes.

De nombreux auteurs ont déjà signalé la valeur exceptionnelle de la gastrectomie en deux temps dans le but de réduire la mortalité opératoire. En exécutant de propos délibéré, chez certains malades, une gastro entérostomie dans un premier temps et en pratiquant la résection deux à trois semaines après, il est incontestable que le pronostic immédiat est très amélioré. BRESSOT, dans sa thèse de 1909 intitulée : « Six ans de chirurgie gastrique. Etude de 138 cas de sténose pylorique réunis dans le service de M. TIXIER. Méthodes opératoires et résultats éloignés »,

thèse inspirée par le professeur TIXIER, a été jusqu'à dire que, dans ces conditions, la gastrectomie pouvait être qualifiée de bénigne.

Il ne s'agit certes pas d'un procédé opératoire nouveau, puisqu'il fut exécuté pour la première fois par TUHOLSKE en 1891, mais jusqu'en 1898 il a été assez peu employé : GUINARD, dans sa thèse, n'en rapporte que trois observations (TUHOLSKE, FRANKE, KÜMMEL) qui furent du reste trois succès. Depuis lors, on l'a davantage utilisée. LERICHE, dans sa thèse, en 1906, a pu en réunir vingt cas. Actuellement les observations en sont nombreuses et les publications sur la question ne sont pas rares. Rappelons : celles de DOYEN, QUÉNU, TERRIER et HARTMANN, TIXIER, DELORE, TUFFIER et ROUX-BERGER, PAUCHET en France et celles de Mac CORMAC, TRÈVES, GREIG-SMITH, Th. BULL, CZERNY, KAHN et CARLE à l'étranger. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'excellence des résultats obtenus par cette technique. PAYOT, dans sa thèse de 1913 inspirée par DELORE, souhaite un élargissement des indications de la gastrectomie en deux temps.

Nous n'avons donc pas la prétention de défendre dans ce travail une conception nouvelle, nous ne désirons pas non plus voir la gastrectomie en deux temps se substituer toujours à la résection en un temps : ces deux procédés doivent garder chacun leurs indications respectives et c'est précisément le point que nous voudrions préciser. Nous nous appuyons sur quarante-et-une observations dues à l'obligeance de notre maître le docteur DELORE, qui a bien voulu nous inspirer ce travail et nous diriger dans cette étude. Cette série de documents nous

a permis de contrôler l'exactitude des publications antérieures sur la question et, pour ce qui est de l'ulcère gastrique, tout au moins, d'aller au delà des idées admises jusqu'ici. Les quarante-et-une observations que nous avons réunies sont, pour la plupart, inédites et reviennent en outre de la pratique d'un seul chirurgien. Nous estimons que cette unité d'origine leur donne une valeur démonstrative supérieure à celle que pourrait posséder une collection de statistiques de provenances diverses. Des faits cliniques enregistrés par le même observateur sont comparables entre eux bien plus sûrement que des faits de sources multiples et les conclusions thérapeutiques, qu'on en peut déduire, en acquièrent plus de force. Nos observations se répartissent sur dix-huit années (1902-1920). Nous avons également consulté pour notre travail une statistique de gastrectomies du service de M. DELORE, portant sur les 10 dernières années. Elle comprend 125 cas de gastrectomies en un ou deux temps (Les cas opérés en deux temps figurent tous dans notre thèse) ; nous en avons extrait des chiffres, qui nous ont permis d'établir un rapport frappant entre les résultats obtenus par l'une ou l'autre de ces méthodes.

Parmi nos observations, les observations n° 1, 2, 3, 4, 5, 6 ont déjà paru dans le *Lyon Chirurgical* (août et septembre 1909, DELORE et ALAMARTINE). L'observation n° 8 a été publiée dans le *Lyon Chirurgical* (février-mars 1914, DELORE et SANTY). Quant aux observations n° 7 et 9, elles sont empruntées à la thèse de PAYOT. Les 32 autres n'ont jamais fait l'objet d'un travail d'ensemble, beaucoup sont inédites.

Nous allons essayer en nous basant sur ces observations de préciser les indications et les avantages de la gastrectomie en deux temps, puis nous discuterons ses inconvénients, et, avant de conclure, nous donnerons un aperçu du mode opératoire tel que l'a réglé M. DELORE.

OBSERVATIONS

(dues à l'obligeance de M. DELORE).

OBSERVATION I.

Femme F., 48 ans. — *Cancer sténosant du pylore.*

Depuis six mois vomissements continus, qui ont mis la malade dans un état squelettique.

L'estomac est très dilaté et présente des ondulations péristaltiques, tumeur pylorique paraissant mobile pouvant être enlevée.

14 août 1907. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique d'urgence au bouton. Tumeur pylorique avec ganglions rétropyloriques. Duodénum mobile.

26 août 1907. — Gastrectomie. Billroth II, adhérences pancréatiques exigeant une résection légère de cette glande.

Suites opératoires. — Guérison rapide, la malade engraisse de 12 kilos en un mois ; puis il y eût récurrence probable en juin 1908 : elle meurt en septembre.

Examen de la pièce. — Tumeur infiltrée des parois de l'estomac sans ulcération vraie.

Histologiquement : carcinome.

OBSERVATION II.

Homme F., 50 ans. — *Ulcéro-cancer prépylorique sans sténose nette du pylore.*

Depuis 12 à 15 ans le malade se plaint de troubles gastriques (renvois, regurgitations, douleurs très violentes au creux épigastrique). Les vomissements sont rares, il a eu récemment du mœlena. Depuis peu, rétention gastrite nette avec clapotage matutinal.

Hyperchlorhydrie ; on ne perçoit à la palpation aucune tumeur.

Interventions :

11 septembre 1908. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Ulcère prépylorique avec biloculation. Amélioration passagère. 18 octobre 1909 : hématomène formidable, qui se continue avec un état immédiatement grave.

28 octobre 1908. — Pyloro-gastrectomie, on ferme en bourse les moignons gastrique et duodénal.

Suites opératoires. — L'opération semble d'abord devoir être bien supportée, mais *mort* au quatrième jour avec des phénomènes pulmonaires.

Examen de la pièce. — Ulcéro-cancer prépylorique adhérent au foie et au pancréas. Histologiquement : ulcère cancéreux de faible malignité.

OBSERVATION III.

Femme F., 58 ans. — *Cancer du pylore avec sténose.*

Vomissements continus depuis 6 mois : tous les signes d'un cancer du pylore. Il y a *trois mois*, elle a été opérée par un autre chirurgien d'une gastro-entérostomie au bouton. La tumeur était mobile et l'on avait décidé une pylorectomie secondaire. Mais l'opérée avait engraisée, digérait bien et ce n'est que trois mois plus tard qu'elle s'est décidée à la nouvelle opération.

25 septembre 1908. — Gastrectomie classique avec fermeture des deux tranches gastrique et duodénale.

Résection d'une petite portion de la tête du pancréas, adhérente à la tumeur. Opération difficile. Une large surface est dénudée ; aussi laisse-t-on une mèche au contact. Ganglions rétropyloriques.

Suites opératoires. Le quatrième jour, petite fistulette duodénale, qui se ferme spontanément le dixième jour. La malade reste guérie encore à la fin de l'année 1909.

Examen histologique. — Cancer primitif du pylore avec infiltration sans ulcération vraie. La tumeur est dépassée de 4 centimètres du côté de l'estomac et de 2 du côté du pylore.

Histologiquement : carcinome.

OBSERVATION IV.

Femme F., 60 ans. — *Ulcéro-cancer prépylorique avec sténose.*

La maladie a débuté il y a six ou huit mois. Depuis trois mois, la malade vomit presque tous ses aliments et est très cachectique. L'estomac est dilaté et on sent une tumeur mobile.

Interventions :

5 novembre 1908. — Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique au bouton. Suites simples.

20 décembre 1908. — Gastrectomie large. Billroth II. La tumeur est dépassée de 6 centimètres du côté stomachal et de 3 du côté duodénal.

Suites opératoires. — Très simples ; la malade reste guérie en mars 1909.

Examen de la pièce. — Ulcéro-cancer prépylorique ayant gagné le pylore. Présence de ganglions coronaires et sous-pyloriques. Histologiquement : cancer.

OBSERVATION V.

Homme H., 52 ans. — *Cancer gastrique de la petite courbure sans sténose.*

Néoplasme gastrique non sténosant à forme anémique. Début il y a six mois environ par des troubles gastriques et des digestions pénibles ; jamais de vomissements ni de mœlenas. Amaigrissement rapide ; pas de dilatation gastrique, ni de péristaltisme ; on ne sent pas de tumeur.

Interventions :

26 décembre 1908. — Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique très haute, au bouton de Jaboulay-Lumière. Suites opératoires favorables. Dès le 5^e jour, le malade s'alimente. L'état général et l'anémie s'améliorent rapidement.

15 janvier 1909. — Pyloro-gastrectomie. Opération simple ; il s'agit d'une tumeur de la face postérieure non adhérente. Le décollement pancréatico-duodénal se fait facilement : enfouissement du moignon duodénal.

Suites opératoires. — Très simples ; au 5^e jour, le malade s'alimente et le 20^e jour il quitte l'hôpital.

Examen de la pièce. — a) Macroscopique : tumeur végétante en choux-fleur de la face postérieure et de la petite courbure ; pas d'ulcération.

b) Microscopique : épithélioma glandulaire atypique.

OBSERVATION VI.

Homme F., 69 ans. — *Néoplasme de l'antrum propagé au pylore avec sténose nette.*

Depuis 4 mois, digestions pénibles, amaigrissement, perte des forces ; depuis un mois, vomissements à caractère pylorique ; depuis huit jours, intolérance gastrique absolue. Rétention

gastrique nette, clapotage le matin à jeun ; après deux jours de diète liquide, la sonde ramène des débris alimentaires. A gauche de l'ombilic, tumeur mobile du volume d'un poing.

Interventions :

19 janvier 1909. — Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure au bouton. Estomac très dilaté. Suites opératoires simples.

13 février 1909. — Pyloro-gastrectomie dans de bonnes conditions ; seulement quelques ganglions le long de la petite courbure. Le décollement pancréatico-duodénal se fait très simplement.

Suites opératoires. — Pendant quelques jours, phénomènes pulmonaires (9° 39°5). L'anesthésie à l'éther fut, du reste, très difficile, s'accompagnant continuellement d'hypersécrétion trachéo-bronchique. Le malade s'alimente bien et engraisse rapidement. Guérison parfaite le 15 mars.

Examen de la pièce. — Volumineuse tumeur en choux-fleur occupant la petite courbure, l'antrum et affleurant le pylore ganglions de la petite courbure cliniquement envahis.

Histologiquement : épithélioma glandulaire atypique ; les tranches de section gastrique et duodénale sont saines, les ganglions de la petite courbure sont simplement inflammatoires.

OBSERVATION VII.

Homme H., 57 ans. — *Cancer prépylorique avec sténose secondaire du pylore.*

Depuis quelques mois, le malade accuse des troubles gastriques et depuis 5-6 semaines on note des vomissements fréquents souvent noirâtres : péristaltisme ; grosse tumeur épigastrique, anémie accentuée.

Interventions :

28 juillet 1910. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à trois plans de suture à la soie.

17 août 1910. — Gastrectomie, Billroth II large avec trois plans de suture à la soie sur les tranches gastrique et duodénale.

Après le premier temps, apparût un œdème accentué des membres inférieurs, que la deuxième intervention fit cesser. Etat de santé excellent jusqu'en 1912.

Examen de la pièce. — Cancer prépylorique mobile avec adénopathies mobiles également.

5 juin 1912. — Le malade vient dans le service du Dr DEVIC. 21 mois après l'intervention, mort par récurrence sur la tranche gastrique.

Pendant 19 mois, la guérison a été complète; l'appétit était revenu; le malade avait engraisé et les douleurs avaient disparu. Une fois la récurrence en évolution, la cachexie a fait de rapide progrès, le foie a augmenté de volume considérablement en 8 jours.

Autopsie. — Récurrence sur la tranche gastrique et sur la face postérieure du moignon de l'estomac. Noyaux dans le foie: l'un de ces noyaux a formé dans la veine porte un bouchon cancéreux avec autour de lui un caillot organisé obstruant la branche droite du vaisseau.

OBSERVATION VIII.

Homme F., 68 ans. — *Cancer juxta pylorique. Estomac très dilaté.*

Les troubles gastriques remontent à plus d'un an; pas de vomissements, mais l'estomac est dilaté. Dans le flanc droit, on sent une masse dure, mobile par l'insufflation.

Interventions :

16 décembre 1910. — Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique au bouton. La tumeur se propage peu vers le duodénum; elle est mobile, mais adhérente au mésocolon transverse. Il n'y a pas de ganglions coronaires et sous-pyloriques.

28 décembre 1910. — Le malade, cachectique auparavant, paraît moins affaibli. On pratique la gastrectomie, Billroth II au bouton, avec suture des deux tranches à trois plans de catgut. On doit enlever en bloc l'estomac, le mésocolon transverse et le colon transverse dans sa moitié droite et l'on termine par une anastomose termino-terminale des deux bouts du colon. Huile camphrée dans le péritoine.

Suites opératoires. — Apyrétiques et simples jusqu'au 4 janvier 1911. Le pouls monte alors à 130 et la température à 38° 6. Le malade *succombe* le 5 janvier

Autopsie. — La mort a été provoquée par une gangrène du colon transverse, sur une longueur de 5-6 centimètres, à partir de la suture bout à bout.

Cette gangrène relève de l'arrêt de la circulation après la résection étendue du mésocolon transverse; on aurait pu l'éviter peut-être en réséquant en même temps que le colon transverse, le colon ascendant et le cœcum.

OBSERVATION IX.

Femme F., 55 ans. — *Cancer de l'antre. Stén. du pylore.*

Début, il y a un an, par des crampes douloureuses, survenant une heure après le repas et durant trois ou quatre heures. L'appétit et les forces n'ont décliné que depuis environ deux mois. Depuis six mois vomissements, qui, ces derniers temps, sont devenus plus tardifs et chargés en aliments. Constipation accentuée, jamais d'hématémèse. La malade est très amaigrie. Entre l'ombilic et le rebord costal on perçoit une tumeur de la grosseur d'un poing. L'estomac descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

20 mai 1912. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay.

30 mai 1912. — Gastrectomie. Suture à trois plans au catgut fin des tranches duodénale et gastrique.

La tumeur est dépassée de 2 centimètres du côté duodénal et de 7 du côté de l'estomac. Il s'agit d'un cancer de l'antra et du pylore non ulcéré avec peu de ganglions ; ceux qui ont été trouvés paraissent inflammatoires ; un peu d'ascite.

Examen histologique. — Il s'agit d'un épithélioma atypique.

Suites opératoires. — Excessivement simples, la malade quitte le service le 28 juin 1912.

OBSERVATION X.

Femme M., 41 ans. — *Tumeur du pylore avec sténose.*

Début des accidents en décembre 1912. Les aliments solides déterminent des douleurs gastriques. Il y a de l'anorexie pour la viande. Depuis 15 jours, vomissements abondants, pas d'hématémèse. Constipation, amaigrissement.

Signes nets de sténose avec grosse dilatation gastrique sans tumeur, nettement perceptible.

Interventions :

25 juin 1913. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton. Tumeur du pylore enlevable, nombreux ganglions.

4 juillet. — Pyloréctomie sans incidents, suites parfaites.

17 juillet. — Sortie de la malade. Cancer du pylore sténosant avec vaste ulcération bourgeonnante et nombreux ganglions coronaires et spléniques. Tumeur largement dépassée.

Examen histologique (SANTY). — Le bord de l'ulcération est constitué par des néoformations pseudo-glandulaires, dont les cellules disposées en assises multiples mais peu nombreuses, n'ont pas de tendance à infiltrer les tissus voisins.

Un des ganglions prélevés ne s'est pas montré histologiquement néoplasique.

OBSERVATION XI.

Femme P., 45 ans. — *Cancer du pylore avec sténose nette.*

Début, il y a 20 mois, par des douleurs. La malade vient pour des douleurs épigastriques et des vomissements ; pas d'hématémèse, ni de mœlena ; gros amaigrissement.

Péristaltisme net ; estomac très dilaté ; clapotage énorme. A droite de la ligne médiane, on sent une tumeur dure, qui ne semble pas fixée.

Interventions :

21 juillet 1913. — Laparotomie sus-ombilicale, cancer de l'antré pylorique avec énorme estomac, adhérences au péritoine et au mésocolon transverse. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure très haute au bouton.

1^{er} août 1913. — Gastrectomie. Libération des adhérences et hémostase très minutieuse.

21 août 1913. — La malade part guérie mangeant de tout ; léger œdème des membres inférieurs.

OBSERVATION XII.

Femme F., 61 ans. — *Cancer de l'antré avec sténose secondaire accentuée du pylore.*

Début, en janvier 1912, par des douleurs épigastriques. Actuellement vomissements, pas d'hématémèse ni de mœlena. Constipation, amaigrissement, pas de cachexie.

Estomac dilaté, clapotage, péristaltisme. On sent à gauche de l'ombilic une tumeur dure, du volume d'une noix, douloureuse, mobile à la palpation.

Interventions :

15 novembre 1913. — Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure au bouton. Néoplasme juxtapylorique gagnant le pylore ; la tumeur est enlevable.

26 novembre. — Gastrectomie. On est obligé de laisser à droite de l'orifice de la gastroanastomose un morceau de la paroi gastrique envahie par la tumeur. Pendant l'intervention, en tirant sur l'estomac, l'ouverture de la bouche s'est déchirée. Fermeture à trois plans.

Histologie. — Néoplasme très infiltrant, envahissant la muqueuse et la musculuse. Nombreuses petites cellules rondes dans un stroma conjonctif abondant. Métastase dans les ganglions du ligament transmésocolique. Le tissu lymphoïde a fait place, presque partout, à du tissu identique à celui de la tumeur gastrique.

Guérison opératoire.

OBSERVATION XIII.

Femme D., 58 ans. — *Cancer de la petite courbure avec sténose pylorique.*

Depuis 6 mois, amaigrissement ; depuis 2 mois, vomissements, hématemèses, mœlenas. Grand estomac descendant au-dessous de l'ombilic, se contractant sous la main. Tension intermittente du pylore. Clapotage.

Interventions :

10 janvier 1914. — Néoplasme de la petite courbure ayant gagné le pylore et formant un canal long de 3-4 centimètres. Tumeur mobile. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

24 janvier 1914. — Gastrectomie paraissant avoir dépassé les limites de la tumeur, sauf peut-être sur la petite courbure. Ablation de nombreux ganglions sous-pyloriques et gastro-épiplœiques.

Examen histologique. — La couche glandulaire a disparu, la sous-muqueuse et la musculaire sont infiltrées.

OBSERVATION XIV.

Homme C., 51 ans. — *Néoplasme du pylore avec sténose.*

Début, en décembre 1913, par des digestions pénibles. Actuellement, vomissements abondants sans hématomèses, ni mœlenas. Pas d'anorexie élective. Teinte jaune paille. Estomac dilaté ; clapotage ; pas d'ondulations péristaltiques.

A la radioscopie. — Sténose pylorique assez accentuée, mais jeune.

Interventions :

26 mai 1914. — Gastro-entérostomie très haute au bouton. Suture de la paroi à deux plans.

8 juin 1914. — Pylorectomie. Nombreuses adhérences à la face supérieure du mésocolon et au péritoine péripancréatique, qui sont rompues facilement.

Examen de la pièce. — La couche musculaire paraît épaissie et les espaces interfasciculaires épaissis et scléreux. La couche glandulaire et la couche muqueuse sont normales.

OBSERVATION XV.

Homme S., 64 ans. — *Ulcéro-cancer avec sténose serrée.*

Le début des accidents remonte à huit ou neuf mois. Vomissements, pas d'hématémèse. Un peu de constipation, amaigrissement de 15 kilog. Péristaltisme, clapotage. L'estomac descend très bas ; on sent une masse dure avoisinant l'ombilic et à droite. Pas de ganglions sus-claviculaires.

9 juin 1914. — Laparotomie. Petite tumeur adhérent à la face antérieure du pancréas, c'est un ulcéro-cancer, pas de ganglions. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure suturée à trois plans, très éloignée de la tumeur.

13 juin 1914. — Un peu de pleuro-pneumonie aux bases.

6 juillet 1914. — Anesthésie rachidienne, pylorectomie facile.

OBSERVATION XVI.

Femme M., 30 ans. — *Ulcéro-cancer avec sténose.*

Début, il y a trois ans, par des douleurs gastriques et des crises diarrhéiques. Vomissements constants depuis deux mois et demi et douleurs intenses avec point dans le dos. La malade a beaucoup maigri.

Tension intermittente de l'épigastre ; péristaltisme accusé. La palpation est douloureuse au niveau de l'ombilic. On sent à droite du grand droit un point du muscle, qui paraît fixé.

10 juin 1914. — Laparotomie sus-ombilicale. L'estomac est épaissi et dilaté. On trouve une tumeur de la région pylorique adhérent entièrement à la tête du pancréas. Pas de ganglions. Gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton.

25 juin 1914. — Laparotomie ne passant pas l'ancienne cicatrice. Lésion adhérente à la paroi, dont l'exérèse est facile. L'hémorragie est assez sérieuse et la ligature difficile à cause de la périgastrite. On dépasse la tumeur en haut, de deux à trois centimètres et également en bas. Il s'agit d'un ulcéro-cancer.

Dans la tumeur se trouve une portion de la tête du pancréas plus grosse que le pouce. On a dû lier des vaisseaux du colon transverse ; celui-ci paraît cependant suffisamment irrigué.

Suture des tranches duodénale et gastrique à trois plans.

Histologiquement : ulcère.

Sortie de la malade : le 25 juillet 1914.

OBSERVATION XVII.

Homme L., 56 ans. — *Néoplasme du pylore avec sténose, sans dilatation gastrique.*

L'affection a débuté, il y a deux mois, par des digestions difficiles. Vomissements, pas d'hématémèse, constipation, matières déformées et noirâtres.

Amaigrissement de 6 kilog. — On ne sent rien à la région épigastrique. Estomac dilaté, sans clapotage, ni péristaltisme.

22 juin 1914. — Laparotomie. Tumeur mobile ayant débuté sur la petite courbure et gagnant le pylore. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure, aussi haut que possible au bouton. Estomac épaissi.

9 juillet 1914. — Pylorectomie. Grosse quantité d'ascite, qui paraît cloisonnée dans l'arrière cavité.

OBSERVATION XVIII.

Femme B., 63 ans. — *Cancer prépylorique. Hémorragies sans sténose.*

Début il y a un an. Malade très anémiée par des hémorragies. Vomissements rares. Tumeur perceptible et mobile.

31 juillet 1916. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture à trois plans de catgut. L'estomac non épaissi est aminci, distendu, blanchâtre. Tumeur pylorique, mobile, non adhérente.

29 août 1916. — Gastro-pylorectomie large avec suture des deux tranches par trois plans de catgut n° 2. Durée, une demi-heure.

Il s'agit d'un vaste ulcère cancéreux prépylorique à bords indurés, dont les limites sont bien dépassées. Un seul ganglion rétropylorique.

Guérison parfaite un an après; depuis lors, pas de nouvelles.

OBSERVATION XIX.

Femme C., 49 ans. — *Cancer de l'antre pylorique. Cachexie par hémorragies, pas de sténose.*

Troubles digestifs, pâleur, amaigrissement depuis un an. Quelques rares vomissements alimentaires sans rétention. Grosse tumeur perceptible, mais non mobile.

8 août 1916. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture au catgut.

Tumeur plutôt volumineuse de l'antra pylorique, adhérente en arrière. Quelques ganglions rétro-pyloriques. L'exérèse est difficile et renvoyée en un second temps à cause de la cachexie.

4 septembre 1916. — Gastro-pyloréctomie. L'exérèse est difficile et paraît même un peu incomplète. Sur la pièce, tumeur sous-muqueuse infiltrée, avec gastrite folliculaire au dessus. Suites simples.

25 septembre. — Tumeur de la fesse, que l'on prend pour un noyau de généralisation. Elle disparaît au bout de trois mois.

Janvier 1920. — Récidive stomachale, après trois ans de guérison.

OBSERVATION XX.

Femme M., 36 ans. — *Cancer du pylore avec sténose.*

Sténose pylorique datant de quelques semaines, cachexie avancée.

7 septembre 1916. — Laparotomie sus-ombilicale. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

25 septembre. — Pyloréctomie; tumeur largement dépassée.

Ulcération bourgeonnante, nombreux ganglions rétro et sous-pyloriques, manifestement cancéreux.

Sort guérie, le 18 octobre 1916.

OBSERVATION XXI.

Femme V., 49. — *Cancer de la petite courbure avec envahissement du pylore et sténose.*

25 octobre 1916. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

Nombreux vomissements, ondes péristaltiques. Gros cancer de la petite courbure, relativement mobile.

20 novembre. — Gastrectomie. La tumeur située sur la petite courbure, provoque une sténose très serrée du pylore. La tumeur largement dépassée du côté du duodénum, l'est à peine du côté du cardia. Le bouton est retrouvé dans l'estomac.

Sort guérie le 5 janvier 1917.

OBSERVATION XXII.

Homme B., 58 ans. — *Cancer du pylore avec sténose. Signes de sténose pylorique, amaigrissement, pâleur, mœlena.*

30 décembre 1916. — Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique au bouton. Cancer du pylore encore mobile.

18 janvier 1917. — Gastrectomie.

La tumeur s'étend loin, du côté du duodénum, et cet organe est difficile à suturer. Nombreux ganglions pyloriques, que l'on enlève.

Sort guéri le 15 février 1917.

OBSERVATION XXIII.

Femme L., 57 ans. — *Ulcéro-cancer pylorique avec sténose.* Signes de sténose pylorique datant de 6 mois.

19 avril 1917. — Laparotomie. Cancer mobile du pylore et de l'antre long de 5 centimètres. Devant la sténose et l'énorme dilatation de l'estomac : gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique très haut à la suture à trois plans.

19 mai 1917. — Gastrectomie secondaire sans difficultés, la tumeur est largement dépassée et paraît être un ulcéro-cancer nettement pylorique.

30 mai 1917. — Mort. Pneumonie.

OBSERVATION XXIV.

Homme M., 37 ans. — *Cancer du pylore avec sténose.*

Début, il y a quatre mois. Actuellement, vomissements, clapotage, ondes péristaltiques. Tumeur pylorique un peu mobile. Amaigrissement de 10 kilos.

9 août 1917. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture à trois plans de catgut à 12 centimètres au-dessus de la tumeur.

La tumeur occupe le pylore et adhère en arrière aux plans postérieurs. Elle s'étend vers le duodénum.

30 août 1917. — Gastro-pylorectomie large dépassant la tumeur d'au moins 3 centimètres sur la petite courbure.

Sur la pièce, tumeur non ulcérée, mais infiltrante et située sur la face postérieure du pylore. En un bloc, avec le pylore, ont été enlevés de nombreux ganglions rétro-pyloriques cancéreux.

Un an après, l'opéré était resté bien guéri.

OBSERVATION XXV.

Homme B., 52 ans. — *Ulcéro-cancer avec sténose nette.*

Douleurs depuis fin 1916 ; depuis un mois, les douleurs se sont accentuées et il y eut des vomissements. Pas d'hématémèse ; mais rétention et sténose.

10 août 1917. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture à trois plans. Au niveau du pylore, on trouve un gros ulcère ou cancer adhérent au mésocolon transverse. Pas de ganglions paraissant néoplasiques.

8 octobre 1917. — Gastrectomie. Le malade a engraisé et l'état général est excellent.

Ulcéro-cancer presque pylorique situé sur la paroi postérieure de la petite courbure. Opération facile ; suture à trois plans ; guérison. Sort le 29 octobre 1917.

OBSERVATION XXVI

Homme D., 48 ans. — *Ulcéro-cancer avec sténose.*

Sténose pylorique relativement récente avec passé gastrique très ancien. Vomissements continus.

4 septembre 1917. — Laparotomie. Cancer très serré, mais encore mobile. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

26 octobre 1917. — Pylorectomie. Tumeur largement dépassée. 3 plans de suture sur l'estomac, 2 plans pour le duodénum.

Ulcéro-cancer avec usure presque complète des adhérences. Quelques ganglions rétropyloriques.

OBSERVATION XXVII.

Homme G., 50 ans. — *Néoplasme de la petite courbure avec envahissement du pylore et sténose.*

Le malade souffre depuis sept mois ; amaigrissement de 15 kilos. Dans la région ombilicale on sent une tumeur ; signes de sténose pylorique.

8 avril 1918. — Laparotomie. Néoplasme du pylore très opérable. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton très loin de la tumeur.

2 mai 1918. — Gastrectomie ; tumeur volumineuse sur la petite courbure, envahissant le pylore, qui est ulcéré sur toute la circonférence. Tumeur largement dépassée, enlèvement en masse des ganglions coronaires et sous pyloriques. Fermeture de l'estomac et du duodénum à trois plans. Répéritonisation de la surface pancréatique dénudée.

Sort guéri le 22 mai 1918.

OBSERVATION XXVIII.

Homme R., 56 ans. — *Ulcère du pylore avec sténose.*

Troubles digestifs anciens. Vomissements presque quotidiens depuis deux ans ; a maigri de 12 kilos dans les six derniers mois. Clapotage, ondes péristaltiques, pas de tumeur.

4 juin 1918. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique avec le bouton très haut sur l'estomac. Il y a des adhérences de l'ulcère au pancréas et quelques ganglions inflammatoires. On peut penser à la transformation d'un vieil ulcère.

6 juillet 1918. — Pylorectomie rendue malaisée par les adhérences. Suture des deux tranches avec trois plans de suture au catgut n° 1.

L'ulcère est presque cicatrisé. Il n'y a plus à son niveau qu'un passage étroit admettant un crayon.

Guérison maintenue parfaite en janvier 1920.

OBSERVATION XXIX.

Femme F., 49 ans. — *Néoplasme du pylore, péristaltisme et clapotage.*

12 octobre 1918. — Laparotomie. Tumeur mobile très enlevable ; en raison des signes de sténose prononcés : gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

28 novembre 1918. — Pylorectomie par le procédé de BILLROTH n° II. Fermeture des tranches gastrique et duodénale à trois plans. La tumeur remonte très haut sur la petite courbure ; pas d'adénopathie étendue.

Fermeture du ventre à trois plans.

OBSERVATION XXX.

Femme C., 62 ans. — *Ulcéro-cancer avec sténose.*

La malade souffre de l'estomac depuis trois ans. Signes caractéristiques de sténose pylorique.

30 novembre 1918. — Laparotomie, qui montre une sténose due à un ulcère cancer (induration caractéristique sans ganglions) à cause de la cachexie, gastro-entérostomie transmésocolique postérieure au bouton.

7 janvier 1919. — Gastrectomie sans incidents ; tumeur largement dépassée. Pose d'un drain.

OBSERVATION XXXI.

Femme F., 44 ans. — *Ulcère du pylore avec biloculation assez serrée.*

Douleurs depuis dix-huit mois et vomissements depuis deux mois. Clapotage et tension épigastrique. Au niveau du pylore on sent une petite tumeur mobile de consistance un peu dure, on pense à un ulcère.

24 décembre 1918. — Laparotomie sus-ombilicale, estomac très épaissi et distendu. Gros ulcère calleux, siégeant sur le pylore et la première portion du duodénum, adhérent en arrière au mésocolon transverse et au pancréas. Il est mobile et on peut l'extérioriser. Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure au bouton.

12 janvier 1919. — Ulcère de la petite courbure à sa partie moyenne ayant provoqué une biloculation gastrique assez serrée. Résection de la poche inférieure et de l'ulcère. Fermeture des tranches gastrique et duodénale à trois plans.

Examen de la pièce. — Le pylore n'est pas rétréci ; au niveau de la petite courbure on constate la présence de deux ulcères : l'inférieur cicatrisé, le supérieur encore en voie d'évolution.

OBSERVATION XXXII.

Femme P., 55 ans. — *Estomac biloculaire par ulcère médiogastrique.*

La malade souffre depuis longtemps deux heures après le

repas et surtout depuis un an. Pas de vomissements, ni d'amaigrissement. Petite tumeur dans le creux épigastrique mobile avec les mouvements respiratoires.

14 janvier 1919. — Laparotomie sus-ombilicale, énorme ulcère de la petite courbure adhérent au pancréas. Biloculation avec poche pylorique plus grosse que la poche cardiaque. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton sur la poche pylorique, à cause de l'état général de la malade.

30 janvier 1919. — Exérèse, qui présenta de grosses difficultés. L'ulcère est de la largeur d'une pièce de cinq francs et adhère intimement au pancréas et à l'épiploon. Pendant l'opération, hémorragie persistante, qui dura un quart d'heure. Nécessité d'enlever la poche inférieure et l'orifice de la gastro-anastomose, BILLROTH II. Gastro-entérostomie à la suture à deux plans et réunion des deux tranches gastrique et duodénale à trois plans de catgut.

Shock opératoire ; sérum.

12 février. — Ablation des fils.

11 mars. — Guérison et sortie de la malade.

OBSERVATION XXXIII.

Homme P., 54 ans. — *Néoplasme du pylore avec sténose.*

Le malade digère mal depuis quatre mois ; depuis un mois il vomit chaque jour. Amaigrissement de 15 kilos. Sur le pylore, tumeur mobile, clapotage, ondes péristaltiques.

10 mars 1919. — Laparotomie. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton à 10 centimètres au-dessus de la tumeur. Celle-ci est encore mobile et peut être enlevée dans un second temps.

27 mars 1919. — Gastro-pyloréctomie large dépassant les limites de l'ulcération de 5 centimètres et ablation en un seul bloc des ganglions coronaires et sous-pyloriques. Hémorragie plutôt abondante. Suture des deux tranches avec trois plans

de catgut. Sur la tête du pancréas qu'on ne peut recouvrir, on laisse une petite mèche de gaze.

La tumeur est une vaste ulcération occupant tout l'antrum et le pylore transformé en un canal dur et rigide.

Janvier 1920. — L'opéré vite guéri est en parfaite santé ; il a repris ses occupations le 20 avril 1919.

OBSERVATION XXXIV.

Homme, 45 ans. — *Ulcère calleux de la petite courbure avec distension gastrique et état de dénutrition grave.*

Entre pour des troubles digestifs. Ils ont débuté il y a huit ans ; depuis lors, l'évolution s'est faite par période. Actuellement douleurs intenses, estomac dilaté avec clapotage.

Examen radioscopique : estomac très abaissé avec bas-fond dilaté ; ondulations rares et très faibles.

Interventions :

1° *Le 3 mai 1919.* — Ulcère calleux de la petite courbure à quelques centimètres au-dessus du pylore. Extirpation facile ; mais en raison de la distension gastrique et de la dénutrition du sujet on fait une gastro-entérostomie à la suture.

2° *17 mai 1919.* — Gastrectomie BILLROTH II. Guérison sans incidents. Bonnes nouvelles deux mois après.

OBSERVATION XXXV.

Femme G., 61 ans. — *Ulcus rodens de la petite courbure s'étendant jusqu'au pylore.*

Début, depuis un an, par des douleurs et quelques vomissements surtout muqueux. Pas de mœlena.

Malade très amaigrie, souffre à l'ingestion des aliments. On sent à l'épigastre, à gauche, une masse assez volumineuse sans limites précises, donnant l'impression d'une tumeur de la petite courbure.

A la radioscopie. — Estomac allongé avec pseudo-bilocation. Le bas fond est dilaté. Pas de rétention à jeun.

24 mai 1919. — Laparotomie sus-ombilicale. On tombe sur un estomac très allongé, épaissi, peu dilaté et très mobile. Sur l'antra pylorique, on trouve un ulcère dur avec cicatrice étoilée ayant rongé une partie de la petite courbure. Pylore très mobile. Ulcus rodens ; quelques ganglions peu volumineux ; pas d'adhérences périgastriques. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay.

12 juin — Exérèse large ; tumeur largement dépassée du côté du duodénum et de l'estomac. Fermeture des deux tranches à trois plans. Suites simples.

10 juillet. — La malade part chez elle.

9 octobre. — Elle est en excellent état et ne souffre plus.

Examen histologique. — Ulcéro-cancer très atypique, infiltrant, rétrécissement du pylore.

OBSERVATION XXXVI.

Femme B., 67 ans. — *Ulcère prépylorique avec sténose.*

Début, il y a un an, par des vomissements. Pas d'hématémèse, ni de mœlena.

Radioscopie. — Estomac en coupe de champagne ; le bas fond atteint le pubis. On ne voit pas le prépylore ; pas de contractions ; il est constamment rempli de bismuth.

À la palpation, on constate que l'estomac est très distendu ; se dessinant sous la paroi, descendant jusqu'au pubis. Clapotage à jeu, tension intermittente. Ondes péristaltiques. Vomissements de sténose ; à jeun, le tubage retire du liquide noir. On sent une petite tumeur épigastrique au-dessous et à gauche de l'ombilic, assez mobile, ni aussi dure ni aussi limitée qu'un néoplasme.

4 juin 1919. — Laparotomie sus-ombilicale. Ulcère prépylorique ayant rongé une partie de la petite courbure. Ulcère

calleux, étoilé, adhérent en arrière au mésocolon et à la tête du pancréas. Pas de ganglions ; estomac très dilaté, non épaissi.

Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au gros bouton de Jaboulay.

18 juin. — La malade s'est alitée et n'a plus de troubles gastriques.

19 juin. — Gastropyloréctomie large avec suture au catgut à trois plans des tranches gastrique et duodénale. L'ulcère est cicatrisé ; il est situé au-dessus du pylore, avait rongé une partie de la petite courbure et attiré le duodénum. Cette attraction disparaît après libération des adhérences dans lesquelles est enfoui le duodénum.

Examen histologique. — Ulcère prépylorique à fond déprimé et blanchâtre. Épaississement fibreux considérable de la paroi de l'estomac. A la coupe, tissu blanc, conservant une certaine souplesse. Le pylore permet le passage d'un doigt. Sténose par spasme.

Suites bénignes ; la malade se lève le 12^e jour.

Le 10 juillet, excellent état général.

OBSERVATION XXXVII.

Femme D., 60 ans. *Tumeur de la petite courbure propagée et sténose.*

Début, il y a trois mois, par de grandes douleurs épigastriques et des vomissements, surtout liquides. La malade est très amaigrie, mais non cachectique.

A l'examen. — Grosse dilatation gastrique et clapotage.

On trouve dans la région sus-ombilicale médiane, une petite masse dure, allongée, assez mobile.

11 juin 1919. — Laparotomie ; tumeur de tout l'antrum pylorique de 7-8 centimètres de long avec un prolongement re-

montant sur la petite courbure, presque jusqu'au cardia. Petit ganglion gastro-colique. Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique au bouton, très haute.

Après l'intervention, grosse hématomèse (sang presque pur). Lavage à l'eau glacée à 18 heures.

5 juillet 1919. — Gastro-pylorectomie large avec suture à trois plans des tranches gastrique et duodénale, au niveau de la face postérieure de l'antra pylorique et du pylore, adhérences au mésocolon transverse, libération. Quelques ganglions à ce niveau. Ligature des artères pylorique et gastro-duodénale, libération du duodénum. Tumeur largement dépassée sur le cardia ; sur le duodénum, dépassée de 1 centimètre à peine. Etat général grave.

10 juillet. — Suites un peu mouvementées, faiblesse cardiaque, lavage de l'estomac.

22 juillet. — La malade est longue à se remettre, diarrhée persistante, œdème des jambes, plus marqué à gauche. Anorexie, grosse cachexie.

22 août. — La malade, en voie de guérison, passe en médecine ; l'état général s'est relevé, encore un peu de diarrhée et d'œdème des jambes.

Histologie. — Infiltration de la sous-muqueuse et de la musculuse par des cellules épithéliales volumineuses et à protoplasma hyalin. Certaines se sont rompues et la substance hyaline forme de larges nappes. Cancer colloïde de l'estomac.

OBSERVATION XXXVIII.

Homme F., 56 ans. — *Ulcéro-cancer de l'antra avec envahissement du pylore et sténose.*

Souffre de l'estomac depuis le 25 juillet ; constipation, pas de vomissements, ni d'hématémèse, amaigrissement.

A la palpation, on perçoit une tuméfaction ombilicale, il y a du clapotage.

25 octobre 1919. — Laparotomie. Cancer prépylorique, envahissant le pylore. Tumeur très mobile sans ganglions. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton.

8 novembre. — Gastrectomie et suture à trois plans des tranches gastrique et duodénale. Ablation d'un ganglion.

Ulcéro-cancer à paroi indurée, de la largeur d'une pièce de 5 francs, largement dépassé.

Fermeture du ventre à un plan.

Sort guéri le 25 novembre 1919.

OBSERVATION XXXIX.

Femme B., 38 ans. — *Ulcère sous-pylorique avec sténose et vomissements graves.*

Malade depuis un an. Depuis trois mois, vomissements continus, au moins une fois par jour. Estomac énorme, descendant au pubis, avec clapotage, ondes péristaltiques. Amaigrissement.

25 novembre 1919. — Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture à trois plans de catgut n° 0, sans incident.

Immédiatement au-dessous du pylore, on sent une tumeur non adhérente, mais dure. Il n'y a pas de ganglions. Peut-être s'agit-il d'un ulcère en voie de dégénérescence.

16 décembre 1919. — Pylorctomie sans incidents, suivie de fermeture des deux tranches gastrique et duodénale par suture de catgut à trois plans. Quelques adhérences gastro-pariétales.

Sur la pièce, l'ulcère est presque cicatrisé, l'induration a disparu. Mais sur la muqueuse pylorique, on voit deux autres petits ulcères.

Guérison.

OBSERVATION XL.

Femme C., 65 ans. — *Sténose pylorique par ulcus sous-pylorique.*

Il y a 18 mois, la malade a ressenti quelques douleurs dorso-lombaires irradiées, le long de la colonne vertébrale. Depuis le mois de juin, douleurs après les repas et vomissements ; pas d'hématémèse, ni de mœlena. La malade est bien constituée, mais très amaigrie. L'abdomen reste souple ; on ne sent pas de tumeur gastrique. L'estomac est dilaté et descend jusqu'à l'ombilic. Clapotage à jeun ; tension intermittente et ondes péristaltiques.

2 décembre 1919. — Laparotomie sus-ombilicale, ulcus sous-pylorique froncé, sténosant. Estomac dilaté et épaissi. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture, à trois plans de catgut. Ulcus adhérent au pancréas en arrière, l'exérèse sera faite dans un second temps.

23 décembre 1919. — Pylorectomie sous-séreuse, difficile surtout au niveau du duodénum, en raison d'adhérences nacrées. Suture à trois plans.

On laisse une petite mèche à cause d'une petite hémorragie de la paroi et d'un léger suintement duodénal.

14 janvier 1920. — La malade sort ; la plaie est cicatrisée. Il y a une grosse amélioration : plus de vomissements et bonne alimentation.

OBSERVATION XLI.

Homme F., 50 ans. — *Sténose pylorique par cancer.*

Début, il y a deux ans et demi, par de la diarrhée et des troubles digestifs. Depuis deux mois, vomissements rares et abondants, calmant la douleur.

A l'examen. — Malade vigoureux, mais très amaigri, pas de

cachexie. L'estomac, très dilaté, se dessine sous la paroi ; péristaltisme très accusé.

A la percussion, grosse sonorité jusqu'au dessous de l'ombilic. A la palpation, tension épigastrique intermittente et masse indurée à deux travers de doigt à droite de l'ombilic. Weber positif.

23 janvier 1920. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve un noyau pylorique, dû probablement à un ulcéro-cancer, mobile, sans ganglions appréciables. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, à trois plans au catgut, de 3-4 centimètres de long, très loin du pylore.

10 février. — Pylorectomie. La tumeur pylorique est très dure ; tout autour se trouvent quelques petits ganglions. Hémostase des épiploons un peu difficile.

Duodénum profond et difficile à suturer. On le ferme avec quatre plans de suture.

La tumeur produit un rétrécissement très serré du pylore ; probablement cancer.

CHAPITRE PREMIER.

Indications et avantages.

Si l'on se rapporte à quelques-unes des statistiques de gastrectomies publiées antérieurement, un fait affirme sa constance : la grosse différence de mortalité de cette opération quand elle est faite d'emblée ou en deux temps. Malgré les perfectionnements de la technique, la gastrectomie en un temps présente encore une mortalité très appréciable. GUINARD, dans sa thèse, réunit 291 opérations de sources diverses avec une mortalité opératoire de 35 à 39 $\%$. TERRIER et HARTMANN, en 1899, réunissent 127 cas de gastrectomies avec une mortalité opératoire de 26 $\%$. Divers autres travaux publiés depuis lors ont l'avantage d'établir un parallèle entre les procédés opératoires en un ou deux temps. LERICHE, dans sa thèse, en 1906, fournit une série de statistiques s'échelonnant sur une vingtaine d'années dans lesquelles la mortalité opératoire sans cesse décroissante passe de 68 $\%$ à 14 $\%$. Il relève en outre vingt observations de gastrectomies en deux temps de provenances diverses avec cinq décès et il remarque que tous ces décès sont dus à des fistules gastriques ou duodénales.

Il considère ces accidents comme la preuve d'un point faible du procédé de BILLROTH II et non pas comme une marque d'infériorité de gastrectomie en deux temps.

Le prof. TIXIER, dans la thèse de BRESSOT (1909), a 13 morts sur 27 opérés, soit 48 %. Au contraire, le procédé des deux temps lui donne un décès sur 9 cas, soit 11 %. Encore ce malade est-il mort par suite de la déhiscence de la suture duodénale consécutive à l'énorme distension de l'anse duodéno-jéjunale. Un gros ganglion néoplasique comprimait l'angle duodéno-jéjunal et avait empêché l'écoulement des liquides intestinaux. La statistique de M. DELORE de 1902 à 1920, accuse 174 gastrectomies avec 32 décès, soit 28 % ; sur ce nombre, quarante gastrectomies ont été faites en deux temps avec trois décès soit 7,5 %. Dans les 10 dernières années (1910-1920), cet auteur a pratiqué 96 résections en un temps avec 16 décès soit 16,5 %. Tandisque, au cours de la même période, 34 résections en deux temps ne lui ont donné que deux insuccès soit 6 %. De ces deux décès, l'un est imputable à l'importance des lésions auxquelles s'était attaqué le chirurgien : il s'agissait en effet d'une grosse tumeur prépylorique avec sténose du pylore et envahissement secondaire du mésocolon transverse. La résection pratiquée dans le deuxième temps porta à la fois sur l'estomac et le colon. Elle fut suivie de gangrène de l'angle droit du colon et de péritonite mortelle. Ce malade était à l'extrême limite de l'opérabilité, presque au dessus des ressources de la gastrectomie.

De toutes façons, dans l'appréciation des résultats obtenus, il importe de se souvenir que la gastrectomie en deux temps a été le plus souvent réservée jusqu'ici à des

malades que leur état de cachexie ou de dénutrition semblait devoir priver du bénéfice d'une intervention radicale : on conviendra ensuite que les résultats sont des plus beaux et de nature à retenir l'attention.

Désirant préciser les indications possibles de ce procédé, nous avons établi un classement de nos observations en envisageant successivement le cancer et l'ulcère gastrique. Dans le deuxième groupe, nous avons fait rentrer les cas d'ulcéro-cancer. Cette façon de procéder n'est certes pas inattaquable sur le terrain anatomo-pathologique, mais l'examen des faits amène à considérer que l'indication d'opérer en deux temps ne tient pas tant, en définitive, à la nature des lésions qu'à leur retentissement sur l'estomac et sur l'état général du malade.

A. — Cancer gastrique.

Plusieurs causes peuvent imposer la gastrectomie en deux temps. La première, la plus absolue, sur laquelle l'accord paraît fait, est la sténose pylorique serrée.

Les classiques sont d'accord pour distinguer deux grandes formes évolutives des sténoses cancéreuses du pylore.

Les unes, consécutives à un cancer primitif du pylore, ont une marche relativement rapide. Elles peuvent aboutir en peu de temps à de l'occlusion pylorique avant que l'estomac ait eu le temps de se dilater largement et de s'épaissir. Cette forme est d'ailleurs rare, quoiqu'en disent les classiques, relativement à la seconde. MM. ALAMARTINE et DELORE, dans le *Lyon Chirurgical* de 1909, signalent seulement 34 cancers primitifs du pylore sur 158 malades

observés pour néoplasme gastrique. Dans la seconde variété de sténose, le cancer primitivement situé devant le pylore, au niveau de l'antra, se propage secondairement au pylore. Cette extension peut se faire lentement et l'on voit alors à des symptômes de sténose incomplète succéder au bout d'un temps plus ou moins long le tableau classique de l'occlusion du pylore. C'est ce genre de sténose à évolution lente, qui détermine les modifications les plus profondes de l'estomac et de ses parois. MM. DELORE et SANTY ont minutieusement décrit ces altérations qui peuvent se résumer : dilatation excessive de l'estomac avec épaississement, œdème et vascularisation exagérée de ses tuniques. Nous aurons l'occasion de revenir plus loin sur ces lésions viscérales et de signaler le rôle fâcheux, qu'elles jouent sans doute dans les suites opératoires de la gastrectomie en un temps. Ces modifications locales jointes au retentissement général de l'occlusion du pylore sur le malade imposent l'exérèse en deux temps. Comme l'a montré le prof. TIXIER, un tel sujet est presque toujours cachectique, il a cessé toute alimentation depuis un temps plus ou moins long, de plus c'est à la fois : « un intoxiqué et un infecté ». On peut assimiler un estomac rétentionniste à un foyer infecté, qui ne se draine pas. Le malade est non seulement intoxiqué par les produits toxiques sécrétés par les cellules néoplasiques, mais encore par la fermentation et la putréfaction des matières organiques accumulées dans l'estomac. Cet état provoque souvent une oligurie intense, manifestation dont le chirurgien doit tenir grand compte. SOUPAULT a désigné sous le nom de coma dyspeptique un état assez voisin du précédent, se manifestant par

une coloration violacée de la face, des extrémités et par de l'hypothermie

Nous avons dit que l'occlusion du pylore retentit également sur l'estomac. Celui-ci est très dilaté, ses tuniques sont le siège d'une infiltration abondante et sa muqueuse est congestionnée. La paroi gastrique épaissie et œdématisée se coupe sous les fils de suture après la résection et saigne facilement. C'est là une prédisposition certaine aux fistules, aux hémorragies et à ces accidents de péritonite localisée, qui bien souvent ne se traduisent que par des complications pulmonaires. Remarquons en passant, comme le fait LERICHE, que ces divers accidents sont les principales causes de décès dans la gastrectomie. Nous avons étudié nos observations à ces divers points de vue ; nous n'avons trouvé que deux cas de complications pulmonaires : tous deux mortels (Obs. II et XXIII). Il n'y a jamais eu de fistules ou d'hémorragies post opératoires. Mais les causes de décès que nous venons de citer, pour être les plus fréquentes dans la gastrectomie, ne sont cependant pas les seules ; il en est qui résultent du défaut de contractilité de l'estomac surpris par la gastrectomie en état de dilatation. Ses fibres ont été dissociées par l'infiltration, frappées par la dégénérescence graisseuse et elles ont perdu leur contractilité ; ainsi s'explique la dilatation aiguë post opératoire, qui peut succéder à la gastrectomie. Les tranches muqueuses deviennent alors le siège d'un suintement sanguin abondant, dont les causes sont la vascularisation plus grande de l'organe et la grande fluidité du sang des cancéreux. Ce sang distend l'estomac, qui n'a pas la force de l'évacuer ; le contenu de l'estomac est le siège de

fermentations putrides ; le malade vomit et meurt rapidement. Les lavages d'estomac sont impuissants à tirer le malade de cette situation. Nous n'avons trouvé aucune observation de ce genre d'accidents dans notre statistique; au contraire la gastro-entérostomie préliminaire a permis à nos malades de récupérer leur contractilité gastrique.

Ainsi donc les causes les plus fréquentes de décès dans la pylorectomie pour occlusion pylorique sont : soit la qualité défectueuse de l'étoffe gastrique, soit les troubles de la motricité. Le meilleur moyen de les prévenir est de faire la pylorectomie en deux temps : les résultats de M. DELORE sont éloquents: de 1910 à 1920, 20 pyloro-gastrectomies en deux temps pour cancers avec sténose ont donné deux décès ; dans la même période, 20 pyloro-gastrectomies en un temps pour cancer avec sténose ont causé 7 décès. Rappelons que le prof. TIXIER, dans la thèse de BRESSOT (1909), et dans son article du *Lyon Chirurgical* (1909), était arrivé à des conclusions analogues, et considérait que l'indication première de la pylorectomie en deux temps était la sténose serrée du pylore. Cette indication était d'autant plus formelle que la sténose était plus accusée. Pareille conclusion a été également adoptée par M. DELORE et ALAMARTINE.

Mais la sténose du pylore n'est pas la seule indication de la gastrectomie en deux temps dans le cancer. Nous avons des observations d'exérèse en deux temps pour des cancers sans occlusion pylorique. L'indication résulte là de l'état général, de l'âge, des tares viscérales du malade. Le cancéreux est souvent anémié soit par la résorption des produits toxiques de la tumeur, soit par des hémorragies

successives. Ces divers états sont notés dans nos observations V, XVIII, XIX. Les malades de ces trois observations ont guéri et les résultats sanctionnent la conduite obtenue par le chirurgien.

Ayant ainsi essayé de préciser les indications de la gastrectomie en deux temps pour cancer, nous tenons à rappeler qu'un cancer gastrique mobile, et anatomiquement extirpable avec ses ganglions, doit être traité par la gastrectomie d'emblée, quand il ne détermine pas d'occlusion pylorique ou quand des considérations tirées de l'état général n'imposent pas un acte chirurgical minimum. A ce point de vue, la statistique de M. DELORE, des dix dernières années, nous offre 21 observations de cancer gastrique traités par la gastrectomie en un temps. Deux décès seulement ont entaché cette série.

B. — Ulcère gastrique.

La gastrectomie en deux temps n'a pas été pratiquée souvent pour de semblables lésions, et pourtant elle peut trouver là encore d'utiles indications. Il est permis de dire aujourd'hui que le traitement de choix de l'ulcère gastrique en activité, provoquant de vives douleurs ou s'accompagnant d'accidents hémorragiques est l'exérèse chirurgicale. Comme le fait remarquer SANTY dans sa thèse, cette opération ne va pas sans une certaine mortalité, surtout quand les chirurgiens abordent le cas difficile de l'ulcère calleux avec adhérences. Que si l'ulcus peut déjà affaiblir le malade par le syndrome de la sténose du pylore ou par des hémorragies successives (ulcus cachexie de

PAYR), donnant alors au chirurgien un terrain dangereux pour l'exérèse, il peut aussi être d'une extirpation très difficile par les adhérences qu'il contracte avec les organes voisins. Et on se trouve alors en présence de ces malades, qui, comme le dit SANTY, présentent « un minimum de résistance avec un maximum de lésion ».

L'opération en deux temps sera une mesure de prudence chez ces malades. De plus la gastro-entérostomie simplifiera singulièrement l'extirpation secondaire de l'ulcère en diminuant l'état inflammatoire de la région. Le fait a été noté chez plusieurs malades de DELORE (Obs. XXXVIII et XXXIX).

M. DELORE a fait 15 gastrectomies en deux temps pour ulcères, dont 10 pour ulcères pyloriques avec sténose et 4 pour des ulcères de petite courbure ; deux de ces derniers présentaient un estomac biloculaire. Ces 15 malades ont guéri. Ces résultats sont évidemment très beaux ; mais, dans la statistique de M. DELORE des 10 dernières années, nous pouvons leur opposer quatre cas d'exérèse en un temps pour des sténoses pyloriques par ulcère sans mortalité également. On devrait conclure que les deux méthodes se valent, s'il ne fallait pas tenir compte des conditions spéciales dans lesquelles se trouvaient les malades, qui furent opérés en deux temps : dans leurs observations on trouve toujours mentionné de l'anémie, un grand affaiblissement ou une intolérance gastrique complète. Il n'est donc pas sans intérêt qu'ils aient tous supporté impunément l'opération très shockante qu'est la pylorectomie. Il n'est pas non plus sans intérêt de faire remarquer que la plupart de ces ulcères opérés en deux temps présentaient

ces difficultés techniques d'exérèse que nous avons rappelées précédemment. La gastro-entérostomie préalable les a réduites singulièrement, et une opération, dont l'exécution aura été malaisée et dont le pronostic aurait été réservé, devenait grâce à elle très satisfaisante.

Dans le cas particulier d'ulcère de la petite courbure avec biloculation, on peut trouver un état gastrique rappelant, toutes proportions gardées, ce que l'on voit dans les occlusions pyloriques. L'extrême dilatation des deux poches commande la gastro-entérostomie sur la poche cardiaque, et dans le deuxième temps on fait une pylorogastrectomie type BILLROTH II, en enlevant la poche pylorique. C'est ce qui fut pratiqué chez les malades de nos Observations XXI et XXXII.

En somme, dans l'ulcère gastrique, on retrouve des indications d'exérèse en deux temps sensiblement comparables à celles notées pour le cancer de l'estomac. Les observations de DELORE, encore qu'elles n'atteignent que le chiffre de 15, ont une mortalité nulle. Le fait est intéressant, surtout si l'on remarque que ce même chirurgien, réséquant dans les dix dernières années 50 ulcères gastriques en un temps, a eu 6 décès.

CHAPITRE II.

Inconvénients.

La pratique de la gastrectomie en deux temps ne va pas sans quelques inconvénients. De nombreux auteurs les ont déjà soulignés. Récemment encore, à la séance du 4 novembre 1919 de la Société de Chirurgie de Lyon, MM. TIXIER, BÉRARD et VILLARD, à propos d'une communication de M. DELORE, sont revenus sur cette question. Nous avons recherché dans nos observations quelle pouvait être l'importance réelle de ces inconvénients et s'ils méritaient de contrebalancer les avantages de cette technique.

On a pu dire tout d'abord que le premier temps servait d'épreuve éliminatoire pour les trop mauvais cas, qu'il sélectionnait les malades ; que faut-il penser de cet argument ? Nous avons trouvé neuf observations de M. DELORE, dans lesquelles la simple gastro-entérostomie entraîna la mort de malades qui présentaient des sténoses du pylore par cancer ou par ulcéro-cancer. Et pourtant dans tous ces cas la tumeur aurait été facilement extirpable en un temps et seul l'état général des sujets avait imposé le procédé en deux temps ; les observations sont formelles sur

ce point. Ces malades sont morts de shock immédiat ou bien ont succombé après plusieurs jours aux progrès d'une cachexie que la gastro-entérostomie n'avait pu enrayer, Il ne nous paraît pas rationnel de considérer ces cas comme une note défavorable pour la gastrectomie en deux temps. Il fallait opérer ces malades comme on doit débri-der une hernie étranglée à toute extrémité, mais dans les deux cas on doit s'en tenir au seul acte nécessaire pour sauver la vie du malade. Nous considérons simplement que ces cas constituent un puissant argument en faveur de l'exérèse en deux temps dans les occlusions pyloriques.

Les autres inconvénients sont de deux ordres : les premiers à caractère général constituent, plutôt des objections de principe. Il est évidemment toujours ennuyeux d'imposer au même malade deux opérations avec deux anesthésies. On doit s'y résigner pourtant, si le pronostic est fonction de la prudence opératoire. C'est ensuite la rapidité avec laquelle évoluent certains cancers entre les deux temps opératoires. Plusieurs auteurs citent des cas de ce genre : une tumeur qui paraissait facilement extirpable lors de la première intervention n'a pu être réséquée secondairement à cause de ses progrès considérables. LERICHE cite une observation de RINGEL rapportée par KÜMMEL. TUFFIER et ROUX-BERGER attirent également l'attention sur ce point. Pareille mésaventure est arrivée trois fois à M. DELORE. On peut se demander, en raisonnant par analogie, si l'extirpation de ces cancers à marche ultrarapide aurait été plus satisfaisante ici qu'au niveau des autres viscères. Il arrive aussi que des malades refusent le second temps. Nous avons trouvé trois observations

de M. DELORE avec refus formel. Le fait est arrivé également à CZERNY, au professeur TIXIER. Le meilleur moyen de réduire le nombre de ces cas est de prendre de l'autorité sur les malades, de bien leur faire comprendre leur véritable intérêt. Il est indispensable également de ne pas perdre de vue les opérés après la gastro-entérostomie et pour cela de réduire au minimum l'intervalle séparant les deux temps. C'était pour parer à cet inconvénient que RYDIGIER avait conçu son procédé personnel. Ce procédé, qui consistait à n'exécuter au cours du premier temps qu'une section de l'estomac avec suture isolée des deux tranches et introduction d'une sonde dans le bout pylorique est actuellement abandonné ; son exécution est aussi longue qu'une résection gastrique d'emblée et expose le malade à des accidents de paroi en même temps qu'elle complique la résection faite secondairement.

Les derniers reproches adressés au procédé des deux temps sont, pourrions-nous dire, d'ordre technique. Ils s'inspirent des difficultés de la résection ainsi faite et de la qualité défectueuse de la paroi après le deuxième temps. A la séance de la Société de Chirurgie de Lyon du 4 novembre 1919, le Professeur TIXIER a insisté sur les adhérences qui s'établissent avec la paroi et qui seraient de nature à entraver la résection, ces adhérences gênant considérablement la mobilisation de l'estomac et empêchant son extériorisation. Dans nos observations, ces adhérences n'ont jamais eu un pareil développement. Néanmoins le fait est à noter et le meilleur moyen de prévenir cet inconvénient est de ne pas trop attendre entre les deux opérations. Notre Observation n° III a trait à une

malade, qui subit la résection trois mois après la gastro-entérostomie. La tumeur était devenue très adhérente au pancréas et fut d'une extirpation difficile.

M. VILLARD signale comme écueil la fixation de l'estomac par l'anse duodéno-jéjunale, qui peut gêner le retournement de l'estomac et empêcher la résection de porter en tissu sain. On se prémunira contre cet inconvénient en plaçant la gastro le plus loin possible de la lésion. De cette façon la tumeur peut être largement dépassée ; rares sont les observations où cela n'a pu se faire. On prévient également ainsi l'arrachement de la bouche de gastro au cours des manœuvres de résection, accident signalé une fois (Observation n° XII).

Nous en arrivons au seul reproche sérieux, la difficulté de la reconstitution de la paroi après le deuxième temps. M. DELORE nous l'a fait remarquer à plusieurs reprises. Le tissu cicatriciel interdit la reconstitution de la paroi plan par plan. On est obligé de la refaire en un plan au fil métallique et les suites ne sont pas toujours parfaites : ces tissus rigides se coupent sous les fils, donnent de petits hématomes profonds, qui deviennent le point de départ d'abcès ou de fistules. Plus tard des éventrations peuvent apparaître. Le moyen de rendre cette éventration moins gênante est d'arrêter l'incision le plus possible au-dessus de l'ombilic. M. DELORE se tient souvent à deux ou trois centimètres au-dessus et le jour ainsi obtenu a toujours été suffisant pour les manœuvres opératoires. La suture au fil métallique en un plan est un bon moyen de défense contre l'éviscération post-opératoire précoce, dont nous n'avons pas d'exemple dans nos observations.

Les inconvénients précités sont-ils suffisants pour renoncer aux avantages de cette méthode ? Nous ne le pensons pas. Nous avons déjà insisté sur la bénignité opératoire de la gastrectomie en deux temps, qui recule ainsi les limites de l'opérabilité. Grâce à elle, les cachectiques et les anémiés peuvent être opérés avec de grandes chances de succès. On ne voit plus survenir ces décès subits après l'exérèse d'une tumeur petite, mobile, mais qui déterminait une sténose serrée. La gastrectomie en deux temps doit néanmoins rester une méthode d'exception ; elle ne doit pas devenir d'un emploi systématique. Elle est excellente dans les conditions déterminées plus haut ; elle rend un « cancer opérable sur un malade qui ne l'est plus » (LERICHE). Mais elle ne doit se substituer à la gastrectomie en un temps, que dans les limites que nous avons indiquées. Un chiffre donnera une idée de la fréquence des indications de la gastrectomie en deux temps : de 1902-1920, M. DELORE a pratiqué 175 gastrectomies, dont 41 seulement en deux temps.

CHAPITRE III.

Technique opératoire.

Dans les chapitres précédents, nous avons passé en revue les indications, les avantages, enfin les inconvénients de la gastrectomie en deux temps. Nous basant sur des faits opératoires, nous nous sommes efforcés de ramener ces derniers à leur vraie proportion et nous avons déjà indiqué les moyens dont dispose le chirurgien pour y remédier. La technique opératoire, que nous allons maintenant exposer, ne diffère de la technique opératoire de la gastrectomie en général que par des particularités de détail suggérées par l'expérience. Elles n'ont pour but, nous le répétons, que de pallier dans la mesure du possible aux infériorités d'une opération en deux temps.

Il reste cependant un point à élucider et il semble que sa place vienne ici. Peut-on, dès l'abord, avant toute intervention, poser l'indication d'une gastrectomie en deux temps ? Il est certain que l'examen clinique approfondi suffit souvent pour imposer cette solution à l'esprit du chirurgien. Il ne lui reste plus alors qu'à faire comprendre sa nécessité au patient et à la faire accepter. Dans certains

cas cependant, ce n'est qu'après l'inventaire permis par une laparotomie, qu'il sera possible de juger de l'opportunité d'une exérèse en deux temps.

Dans les deux cas, l'opération ultérieure est conduite de la même façon. Tous les malades, dont nous rapportons l'histoire, ont subi d'abord une gastro-entérostomie par le procédé de von HACKER et une gastrectomie type Billroth II.

Technique opératoire. — 1° *Gastro-entérostomie* : Dans le premier temps, le chirurgien, après avoir exploré les lésions, établit la gastro. L'incision de laparotomie sus-ombilicale médiane a sa limite inférieure aussi haut que possible au dessus de l'ombilic. On palpe ensuite l'estomac, ses orifices ; sa face postérieure est reconnue par un doigt passé au travers d'une brèche de l'épiploon gastro-colique. Point n'est besoin de se donner un large jour par le décollement colo-épiploïque. Rappelons la nécessité de palper avec une grande douceur sans traumatiser l'estomac ; bien des ulcères calleux ne demandent qu'à saigner ou à se fissurer. Des décès par hémorragie ou péritonite aiguë après la gastrectomie s'expliquent par une exploration un peu brutale. Après cet examen, le chirurgien, établit sa gastro. Deux points méritent d'être précisés : le siège et le procédé de gastro-anastomose.

La bouche doit être placée le plus loin possible de la région gastrique sur laquelle portera la résection. Certaines de nos observations mentionnent une distance de 10 à 12 centimètres. Cette précaution permet au chirurgien de circonscrire largement les tissus néoplasiques et facilite

l'opération en rendant possible le renversement de l'estomac à gauche. Il conviendra encore, avant de choisir le siège de la bouche, de se méfier des erreurs d'interprétation topographique si fréquentes sur l'estomac (LERICHE).

Faut-il faire la gastro à la suture ou au bouton ? Nous n'envisageons cette vieille discussion que dans les rapports qu'elle peut avoir avec la technique de la gastrectomie en deux temps. L'expérience apprend que le procédé à la suture offre toutes les garanties désirables. Cependant dans les cas où il faut aller très vite, le bouton est un excellent instrument. M. DELORE emploie le gros bouton de JABOULAY, plutôt que le petit modèle. On se met ainsi à l'abri, dans la mesure du possible, des rétrécissements rapides de la gastro, tels qu'on peut les voir si le pylore reste perméable. Un cas de ce genre a été observé récemment dans le service de M. DELORE après une gastro avec le petit bouton. Nous n'avons trouvé par contre aucune observation de sténose de la gastro, une fois la gastrectomie exécutée.

2° *Gastrectomie*. — Combien de temps faut-il attendre avant de faire la gastrectomie ? L'intervalle oscillera entre deux et trois semaines. Au début, FRANKE avait attendu trois mois ; c'est trop. L'intervalle doit être suffisamment long pour permettre au malade de s'alimenter et de reprendre du poids. On comprendra donc qu'il est fonction de l'état général de l'opéré et que l'on ait pu réintervenir au bout de 12 jours chez des malades non cachectiques. On se mettra également ainsi à l'abri du refus du deuxième temps.

Il est presque superflu de rappeler que la gastrectomie ne doit être faite qu'après cicatrisation complète de la première incision.

Le deuxième temps consiste en la résection de l'estomac : nous n'insisterons pas outre mesure ; nous avons déjà dit qu'elle doit se faire d'après le procédé de Billroth II, nous rappelons cependant qu'il y a avantage à repasser par l'incision de gastro-entérostomie sans la prolonger au dessous de l'ombilic. On se met ainsi à l'abri d'éventrations tardives gênantes. Après la résection, la paroi ne peut être refaite qu'en un plan aux fils métalliques et les fils doivent être enlevés au bout de deux semaines. Cette suture est évidemment moins satisfaisante que la suture à trois plans ; mais la nature des tissus impose cette technique.

CONCLUSIONS.

I. — La gastrectomie en deux temps est de façon générale une opération à mortalité plus faible que la gastrectomie en un temps. De 1902 à 1920, M. DELORE a fait 135 gastrectomies en un temps avec 29 décès soit 21 $\%$, et 41 gastrectomies en deux temps avec 3 décès soit 7,5 $\%$.

II. — Ce procédé opératoire peut être indiqué dans des cas d'ulcère gastrique.

III. — Dans le cas de cancer, l'indication la plus formelle est l'occlusion du pylore. Un état de grande cachexie ou de grande anémie doit également faire préférer l'intervention en deux temps.

IV. — Dans l'ulcère, quand le traitement chirurgical radical est de mise, l'occlusion du pylore ou la gravité de l'état général doivent faire préférer l'exérèse en deux temps. Cette technique est également de mise dans la biloculation gastrique par ulcère avec grande dilatation des poches.

V. — La gastrectomie en deux temps est toujours un Billroth II par la technique habituelle avec deux à trois semaines d'intervalle entre les deux temps. La paroi est

refaite au fil métallique avec ablation au bout de deux semaines. Dans le cas de biloculation gastrique, la gastro-entéro-anastomose préliminaire est faite sur la poche cardiaque.

VI. — La gastrectomie en deux temps reste néanmoins une méthode d'exception (41 cas sur 175 gastrectomies de M. DELORE). Elle a en effet des inconvénients ; le plus sérieux est l'impossibilité de refaire une bonne paroi après le deuxième temps. Un autre inconvénient qui mérite considération est la gêne apportée à la résection secondaire par les adhérences avec la paroi.

Le Président de la Thèse,
TIXIER.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 avril 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE.

- BRESSOT. — Thèse de Lyon, 1909.
- DELORE et ALAMARTINE. — *Lyon-Chirurgical* (août et septembre 1919).
- DELORE et SANTY. — *Lyon-Chirurgical* (février et mars 1914).
- FRANKE. — *Central Blatt für Chirurgie*. Leipzig, 1897, Beilage, page 98.
- GUINARD, Urbain. — Thèse de Paris, 1898.
- KÜMMEL. — *Archives für klinische Chirurgie*. Berlin, Tome LIII, p. 87.
- LERICHE. — Thèse de Lyon, 1906.
- MATHIEU, SENCERT, TUFFIER, ROUX, BERGER. — *Maladies de l'estomac et de l'œsophage* (Masson, Paris), p. 828.
- MAYO. — *Médical-Record*, Tome II, p. 580, 1894.
- PAYOT. — Thèse de Lyon, 1913.
- POLLOSSON, Maurice. — *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*.
- QUÉNU. — *Revue de Chirurgie*, 1895.
- SANTY. — Thèse de Lyon, 1915.
- TERRIER et HARTMANN. — *Chirurgie de l'estomac*, p. 277.
- TIXIER. — *Lyon-Chirurgical*, mars 1909.
- TUHOLSKE. — *The medical News*. Philadelphie, p. 263, 11 mars 1893.
- Semaine Médicale*, p. 144, 1897.
- Société de Chirurgie de Lyon*, du 4 novembre 1919.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	5
OBSERVATIONS.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Indications et avantages....	35
A.— Dans le cancer gastrique.....	38
B.— Dans l'ulcère.....	42
CHAPITRE II.— Inconvénients.....	45
CHAPITRE III.— Technique opératoire.....	50
1° Gastro-entérostomie.....	51
2° Gastrectomie.....	52
CONCLUSIONS.....	55
BIBLIOGRAPHIE	57

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE L. DECLUME, LONS-LE-SAUNIER
